



Suffolk County Department of Social Services  
DOMESTIC VIOLENCE SCREENING FORM

FORMULARIO PARA DETECTAR A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA

Case Name \_\_\_\_\_ Category \_\_\_\_\_ Case Number \_\_\_\_\_

Worker \_\_\_\_\_ Center \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Instrucciones:

Responder a estas preguntas es voluntario. **Usted no tiene que completar este formulario para recibir Asistencia Publica.**

Estamos haciendole estas preguntas para determinar:

1. si usted es victima de la violencia domestica
2. si algunos requisitos de asistencia publica pueden exponerle a usted o a sus hijos a mayor riesgo de dano o dificultarle la evasion de abuso. En algunos casos puede ser que nosotros podamos retrasar uno o mas de estos requisitos. Nosotros tambien podemos ayudarle a obtener los servicios que necesita.

Si usted completa este formulario, cualquier cosa que usted revele aqui con respecto a su relacion con su companero(a), exceptuando asuntos de abuso o maltrato infantil, sera confidencial. Usted puede decidir no completar este formulario, pero esta en libertad de hacerlo en cualquier momento. Sin embargo, si cualquiera de lo siguiente se aplica a usted Y si usted esta pidiendo que se retrase uno o mas de estos requisitos, usted debe completar este formulario. Puede ser que se le requiera mas tarde completar y firmar una declaracion jurada confirmando la veracidad de la informacion que usted esta proveyendo.

Preguntas:

*Esta usted actualmente en peligro de que su companero(a) o ex companero(a) haga uno de lo siguiente?*

1. Le haga dano fisicamente como empujandole, agarrandole, pegandole, ahorcandole o pateandole
2. Le fuerce a tener sexo cuando usted no lo desea o le haga hacer cosas sexuales que usted no quiere hacer
3. Le amenace con hacerle dano a usted, a sus hijos o a algun ser querido
4. Le humille constantemente o le diga que usted no vale nada.
5. Le aceche y le persiga
6. Le atemorice

\_\_\_ Si ( A usted se le referira a un Especialista de Violencia Domestica y se esperara a que usted provea informacion mas detallado sobre su situacion.)

\_\_\_ No (Nada de lo citado arriba se aplica a mi, o elijo no responder a estas preguntas en este momento.)

Al firmar este formulario, yo afirmo que la informacion que he dado o que dare al Departamento de Servicios Sociales es correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Client referred for domestic violence assessment?  Yes  No

Examiner Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_